

# ORTODONCIA Y PARODONTOPATIAS

COMUNICACIÓN PRESENTADA AL XV CONGRESO DE ARPA DEL 7 AL 12  
DE JULIO DE 1958

por el

DR. JACQUES AUTISSIER

1.º La Ortodoncia, o mejor, la Ortognatodoncia (Muzj), se extiende mucho más allá de la infancia.

Cierto es que durante la adolescencia es cuando se obtendrán mejores resultados; sin embargo, esto no impide que la Ortodoncia nos sea muy útil después de los veinte años y hasta una edad avanzada, en caso de parodontosis en particular.

2.º Las parodontopatías no conocen las edades, atacando, aunque con menos intensidad, tanto a los niños como a los adultos.

Entre las causas locales de la parodontosis es bien sabido que las distopias dentarias y los traumatismos gingivales, provocados por las maloclusiones, tienen importancia.

La oclusión traumática, síndrome resultante del desequilibrio entre las fuerzas oclusales y los tejidos del complejo dento-témpero-mandibular (Chaput), es igualmente determinante.

3.º La Ortodoncia debe permitirnos evitar, sea como terapéutica, o bien profilácticamente, la aparición de las parodontopatías.

## A. TERAPEUTICA

### I. MÉTODOS SIN APARATOS

- a) Gimnasia de los músculos masticadores.
- b) Utilización de la presión de los tejidos blandos.
- c) Limado selectivo para obtener una modificación de los esfuerzos ejercidos sobre él o los parodontos.

### II. MÉTODOS CON APARATOS

Se dará la preferencia a los aparatos pasivos.

a) Aparatos pasivos.

*Alfa*: Los arcos vestibulares (Korbitz-Hotz).

*Beta*: Las placas de articulación (Hawley).

*Gamma*: Los monoblocs (Robin), los activadores (Andresen, Haupl, Macary, Soulet, Besombes y Bimler).

b) Aparatos activos.

A veces, nos veremos obligados a emplear aparatos activos. Siempre que sea posible, será preferible el empleo de los arcos linguales (Mershon) a los vestibulares.

c) Aparatos de prótesis con acción ortodóncica.

Restaurarán la función, y, además, gracias a su acción ortodóncica, permitirán encontrar el equilibrio buscado.

## B. PROFILAXIS

El parodontólogo que desee hacer la profilaxis tendrá las mismas preocupaciones que el ortodoncista en lo que se refiere a las distopías dentarias y las dismorfosis maxilares, pero se preocupará, sobre todo, de las malformaciones en el plan vertical, que son las más importantes para el buen equilibrio de la articulación y de la oclusión.

## METODOS PROFILACTICOS

1.º Prevención ortodóncica de los desplazamientos dentarios anormales. Restauración dentaria, "inlay", "onlay", mantenedores de espacio.

2.º Tratamiento ortopédico de los vicios infantiles.

Lucha contra la succión de los dedos mediante aparatos intra o extrabucuales, contra la interposición maxilar de los tejidos blandos (lengua, mejillas, labios) mediante obturador retrolabial, o bandajes elásticos de Schwarz.

3.º Extracciones profilácticas.

Se puede intervenir profilácticamente suprimiendo obstáculos respiratorios, musculares, fibromucosos y dentarios.

Las extracciones, a veces necesarias, no deben practicarse ni demasiado pronto ni demasiado tarde.

Sin embargo, son preferibles, a menudo, a un tratamiento cuyo resultado parece problemático.

4.º Limado selectivo.

Ejecutado precozmente y, a veces, durante toda la vida del paciente.

El profesional tendrá que prevenir desde la infancia los trastornos de la oclusión, y más tarde, en el adulto, en caso de no existir la abrasión de las cúspides, o, al contrario, en caso de una abrasión demasiado grande, tendrá que restablecer mediante el limado selectivo el equilibrio ocluso-articular.

Además, todo tratamiento ortodóncico tendrá que ir seguido de un análisis funcional de los movimientos masticatorios, a fin de armonizar, si es necesario, las trayectorias dentarias y mandibulares.

### CONCLUSION

El papel esencial del ortodoncista o del ortognatodoncista es impedir o prevenir el desequilibrio funcional del aparato máxilo-dentario.

No obstante, hay que tener siempre presente que una oclusión puede satisfacer a los críticos morfológicos y ser fisiológicamente imperfecta.

Es, pues, un deber del profesional proceder al análisis funcional masticatorio de todos los sujetos que trate o examine con profilaxis o terapéutica, pues si el respeto de la morfología es necesario, el de la fisiología es un imperativo, cuyas leyes esenciales todo médico debe respetar por doctrina, por deber de estado y por razón.

(BARRI, per C. Od. stm., 8, 34, 1958.)

---

### ACIDO FLUORHIDRICO Y FLUORUROS

Los fluoruros han sido algunas veces empleados por los suicidas, aunque los casos de envenenamiento por estos compuestos son casi siempre debidos a error en la ingestión, confundiendo, por ejemplo, un fluoruro alcalino con harina. Quince gramos de ácido producen la muerte en media hora, pero la intoxicación profesional con gases o polvos (fluorosis) es mucho más frecuente de lo que pudiera creerse, sobre todo en las fábricas de superfosfatos. Además, puede producirse incluso la intoxicación a animales que viven y pastan en las proximidades de las citadas fábricas. El año 1942, por ejemplo, se observó que las vacas que pastaban en las cercanías de una fábrica de superfosfatos acusaban una notable disminución de leche; del análisis de la hierba se comprobó

que injerían 0,2 miligramos por kilo, y los huesos de dichos animales contenían riquezas anormales de flúor.

Los modernos insecticidas fluorados orgánicos pueden dar lugar a intoxicaciones sumamente graves.

**Intoxicación aguda.**—Síntomas: Náuseas, lagrimeo, astenia, debilidad muscular, vómitos, dolor en el abdomen, diarrea, parálisis de los músculos faciales, temblores, convulsiones, disnea, imposibilidad de hablar, pulso irregular, frío, cianosis, coma profundo y muerte a las dos o cuatro horas.

**Tratamiento.**—Lo primero, una inyección intravenosa de 1 gramo de gluconato cálcico, y luego, lavado estomacal con solución diluída de cloruro cálcico o ingestión de grandes cantidades de agua de cal; calor; como único alimento, leche; hágase guardar cama al atacado; inyección hipodérmica de morfina si el dolor fuera intenso. En caso de cianosis, inhalaciones de oxígeno.

**Intoxicación crónica.**—La fluorosis es relativamente frecuente entre los obreros de las fábricas de superfosfatos, minas de fosforita y también entre los habitantes de regiones cuyas aguas de bebida son excesivamente ricas en flúor. Bastan 15 miligramos de fluorita o criolita absorbidos diariamente para producir fluorosis.

La fluorosis se caracteriza por pérdida del apetito, náuseas, vómitos, dolores gástricos, parálisis de algunos miembros y alteraciones dentarias y óseas, pudiendo producir estas últimas la fractura espontánea de alguno de ellos.

El tratamiento terapéutico específico de la fluorosis es una calcioterapia intensa, calcio en inyección y por vía bucal. La vitamina C no mitiga el envenenamiento fluórico.

**Investigación del tóxico.**—Alcalinizar las vísceras, incinerar, pulverizar las cenizas y fundirlas con cinco veces su peso de carbonato sódico y una parte de arena. Disolver en agua y neutralizar con clorhídrico; añadir un exceso de carbonato amónico y filtrar. Concentrar el filtrado, neutralizarlo con clorhídrico y precipitar con cloruro cálcico hirviendo. El precipitado, seco, se mezcla con ácido sulfúrico y se calienta en cápsula de plomo obturada con un vidrio de reloj encerado en su cara interna y con una pequeña señal o trazo que permita ser grabado si hay ataque. La corrosión del vidrio indica la presencia de flúor en las vísceras.

Otro método, más sensible, es calentar el fluoruro cálcico, obtenido, como antes se ha indicado, con arena y ácido sulfúrico, y recoger los gases desprendidos en una gota de agua. Esta se mezcla con una gota de molibdato amónico reactivo y se calienta hasta aparición de burbujas. Se agrega un exceso de acetato sódico en solución saturada y dos gotas de solución de bencidina al 1 por 100 en ácido acético al 10 por 100. Se obtiene una coloración azul hasta con 0,005 miligramos de flúor.

Mínimas cantidades de flúor existen normalmente en el organismo humano.